

初めて診察を受けられる方へ

記入日：平成 年 月 日

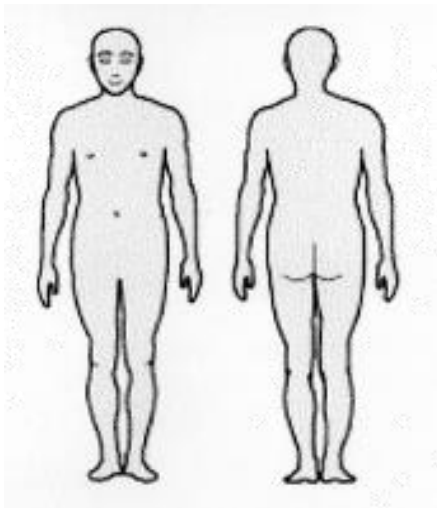
ふりがな

お名前： _____ 男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日 (才)

住 所： _____

電話番号： _____ () _____ 緊急連絡先： _____ () _____

※当院は、個人情報診療目的の範囲内で業務遂行上必要な限りにおいて、利用します。



1. どこが悪いのですか？ _____

左の図に○や印をつけて下さい。

2. いつ頃から？ _____

3. どのようにして？ _____

4. 症状は？ _____

5. アレルギー体質ですか？

なし あり (喘息・鼻炎・アトピー・花粉症・食物 _____ ・その他 _____)

6. 注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことはありますか？

なし あり (薬剤名 _____)

7. 以前に大きなけがや病気で入院したり、手術を受けたことがありますか？

なし あり 病名 (_____)・病院名 (_____)・時期 (_____ 才頃)

病名 (_____)・病院名 (_____)・時期 (_____ 才頃)

8. 現在治療中の病気はありますか？

なし あり (高血圧症・糖尿病・心臓病・喘息・胃潰瘍・緑内障・甲状腺疾患・婦人科疾患

・その他病名： _____)

薬名 (_____)

9. 妊娠していますか？ あるいは妊娠の疑いがありますか？

なし あり (_____ ケ月)

10. スポーツをされている方はお答え下さい。

スポーツ種目 (_____) 競技期間 (_____ 才～)

競技レベル (体育・部活動・スポーツ少年団・大学体育会・サークル・実業団・地域スポーツ

・アスレチッククラブ・リクリエーション・その他： _____)

過去のスポーツ歴は？ 種目 (_____) 競技期間 (_____ 才～ 才)

(カルテ No. _____)